

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 décembre 2023

Composition : M. NEU, président
Mme Silva et M. Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 17 al. 1 LPGA ; art. 87 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. Sans formation, il a travaillé en qualité de livreur-chauffeur pour le compte de la société [...] SA à J._____ entre [...] et [...].

Le 5 juillet 2001, l'assuré, alors domicilié à [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de J._____ (ci-après : l'OAI du canton de J._____), exposant souffrir de syndromes douloureux chroniques au dos et au bras droit depuis juin 1999.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI du canton de J._____ a ordonné la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie, qui a été réalisée le 18 février 2004 auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : le COMAI) de [...]. Dans leur rapport du 19 mars 2004, les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de personnalité paranoïaque non compensée (CIM-10 [10^e révision de la Classification internationale des maladies] F60.0) et d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (CIM-10 F32.00) ainsi que les diagnostics sans impact sur la capacité de travail de syndrome douloureux persistant (CIM-10 F45.4), de troubles dégénératifs radiologiquement modérés du rachis dorsal, d'œsophage de Barrett et de status après accident de chasse en 1982 avec persistance d'un corps étranger dans l'œil gauche. Ils ont attesté une capacité de travail de 50 % sur le plan psychique tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, tout en précisant que d'autres activités étaient envisageables sans que l'on ait à tenir compte de critères médicaux particuliers.

Par décision du 30 juin 2004 confirmée sur opposition le 20 octobre 2004, l'OAI du canton de J._____, se fondant sur les conclusions de cette expertise, a accordé à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2001. L'intéressé n'a pas recouru à son encontre.

B. Interpellé par l'OAI du canton de J. _____ dans le cadre de la procédure de révision de son droit à la rente, l'assuré lui a indiqué, le 30 mai 2006, que son état de santé s'était aggravé depuis 2005.

Par rapport du 30 juin 2006 à l'OAI du canton de J. _____, le Dr B. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a fait état des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles somatoformes douloureux, de dorsalgies chroniques, de troubles dépressifs récurrents, de personnalité paranoïaque et dyssociale et de problèmes urologiques (spasticité vésicale, status post-incision vésico-prostatique et douleurs testiculaires d'origine indéterminée) de même que des diagnostics sans influence sur la capacité de travail d'œsophage de Barret et de plomb de chasse dans le globe oculaire de l'œil gauche. Il a certifié une incapacité de travail totale à compter du 12 avril 2000.

Par décision du 8 août 2006, l'OAI du canton de J. _____ a conclu que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié, si bien que le droit à une demi-rente d'invalidité était maintenu.

Statuant sur recours du 6 septembre 2006, le Tribunal des assurances sociales du canton de J. _____ l'a rejeté par arrêt du 26 avril 2007. Il a en substance jugé que la situation de l'assuré ne s'était pas péjorée depuis la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité rendue le 30 juin 2004 et que, partant, les conditions d'une révision n'étaient pas remplies dans le cas d'espèce. A cet égard, les douleurs urologiques - seul fait nouveau intervenu entretemps - n'avaient pas d'impact limitant. L'avis du Dr B. _____ constituait en outre une appréciation médicale différente de celle des experts du COMAI, laquelle s'était vue reconnaître une pleine valeur probante à l'époque. Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral en date du 1^{er} février 2008.

C. Le 8 septembre 2009, l'assuré a présenté à l'OAI du canton de J._____ une demande de révision de son droit à la rente, alléguant une aggravation de son état de santé.

Par rapport du 29 octobre 2009 à l'OAI du canton de J._____, le Dr B._____ a relevé que la situation de l'assuré sur le plan médical était stationnaire. Celui-ci était très limité dans la réalisation de toutes les activités domestiques et dans la marche, l'état dépressif restant prépondérant. Sa capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était nulle.

Par communication du 10 novembre 2009, l'OAI du canton de J._____ a informé l'assuré que son droit à une demi-rente demeurait inchangé, dès lors que son état de santé ne s'était pas dégradé. L'intéressé n'a pas fait part de son désaccord quant à la position de cette autorité.

D. Le 7 février 2011, l'assuré a déposé auprès de l'OAI du canton de J._____ une nouvelle demande de révision de son droit à la rente, laquelle a été transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) comme objet de sa compétence, l'intéressé ayant démandé à [...] en [...]. Il y a annexé un certificat médical établi le 24 janvier 2011 par la Dre [...], médecin conseil du Service cantonal de l'emploi, lequel attestait une incapacité de travail de 100 % dès le 21 janvier 2011.

Le 6 mai 2011, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il exerçait depuis le 1^{er} novembre 2010 une activité de concierge à raison d'une heure par semaine pour le compte de la société [...] SA.

Par rapport du 18 mai 2011 à l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a mis en évidence les diagnostics de dorsalgies chroniques, de douleurs abdominales chroniques, de syndrome douloureux chronique, d'état dépressif, de céphalées, de nuchalgies, de surdité mixte bilatérale avec

perte de 17,7 % à droite et 17 % à gauche le 11 février 2009, de status pos-corps étranger métallique de l'orbite gauche depuis 1982, d'œsophage de Barret, de statuts après infiltration du canal carpien droit en 2000, de coxarthrose, de spondylolyse à la vertèbre L5 et de spondylolisthésis aux vertèbres L5-S1 avec œsophage de Barret, hernie hiatale et gastrite (œsophago-gastro-duodéno-scopie en mai 2008) ainsi que de dorsalgies sur discopathie dégénérative et lombalgies sur troubles dégénératifs. Il a déclaré que la capacité de travail était nulle de manière permanente pour des raisons physiques et psychologiques. L'état de santé de l'assuré devait au surplus être qualifié de stationnaire.

Dans un avis du 6 septembre 2011, le Dr [...], médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a exposé que l'état stationnaire - dont le médecin traitant de l'assuré avait fait état dans son rapport - était confirmé par la liste des pathologies énoncées, lesquelles étaient similaires aux diagnostics retenus par les experts du COMAI en 2004. Les limitations fonctionnelles étaient au demeurant compatibles avec une capacité de travail de 50 %.

Par décision du 24 octobre 2011 confirmant un projet de décision du 13 septembre 2011, l'OAI a refusé à l'assuré d'augmenter son droit à la rente, faute d'aggravation objective de son état de santé. L'intéressé n'ayant pas recouru à son encontre, cette décision est entrée en force dans l'intervalle.

E. Le 17 avril 2013, dans le cadre de la procédure de révision de son droit à la rente, l'assuré a soutenu que son état de santé s'était péjoré depuis 2011. Il n'arrivait de ce fait plus à assumer les tâches lui étant confiées au sein de l'atelier protégé - géré par la Fondation W. _____ - dans lequel il travaillait.

Par rapport du 8 mai 2013 à l'OAI, le Dr D. _____ a fait mention d'un état de santé stationnaire et d'une incapacité de travail totale dans n'importe quelles activités pour des motifs d'ordre physique et psychologique. Il a relevé les diagnostics de douleurs à l'épaule gauche au

muscle sous-épineux (traitement par geste infiltratif), de section de l'extenseur D2 droit, de rachialgies dorsolombaires, de dorsalgies chroniques, de douleurs abdominales chroniques (ballonnements et vomissements), de syndrome douloureux chronique, d'état dépressif, de céphalées, de nuchalgies, de surdité mixte bilatérale avec perte de 17,7 % à droite et 17 % à gauche le 11 février 2009, de status pos-corps étranger métallique de l'orbite gauche depuis 1982, d'œsophage de Barret, de statuts après infiltration du canal carpien droit en 2000, de coxarthrose, de spondylolyse L5 et de spondylolisthésis L5-S1 avec œsophage de Barret, hernie hiatale et gastrite ( sophago-gastro-duodénoscopie en mai 2008) ainsi que de dorsalgies sur discopathie dégénérative et lombalgies sur troubles dégénératifs.

Dans un avis du 8 octobre 2013, le Dr V._____, médecin auprès du SMR, a estimé qu'il n'y avait pas d'élément médical nouveau susceptible de justifier une incapacité de travail totale, l'état de santé de l'assuré étant stationnaire.

Par projet de décision du 10 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'elle entendait lui refuser l'augmentation de son droit à la rente, en l'absence d'éléments médicaux nouveaux attestant une détérioration de sa situation.

Le 8 novembre 2013, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, alléguant l'apparition de faits nouveaux depuis le dernier rapport de son médecin traitant.

Par rapport du 22 novembre 2013 à l'OAI, le Dr D._____, a signalé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré tendait globalement à s'aggraver, avec une augmentation de ses douleurs, l'apparition d'une épicondylite à droite et une réaction à un facteur de stress important, qui perturbait ses émotions et ses conduites au niveau psychiatrique et qui l'avait amené à être hospitalisé le 23 octobre 2013.

Par rapport du 18 décembre 2013 à l'OAI, le Dr [...], spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique auprès du centre de la main du Centre [...], a posé le diagnostic de « *[d]ouleurs cicatricielles post-adhérences tendineuses avec flexum actif MCP [métacarpo-phalangien] 2 sur status post-section complète des extenseurs commun et propre [sic] de l'index en zone V le 15.10.2012* ». Il a certifié une capacité de travail pleine dans une activité adaptée.

Dans un avis du 25 février 2014, le Dr V._____, du SMR, a indiqué maintenir la position prise dans son précédent avis du 8 octobre 2013, au vu des nouveaux rapports médicaux produits au dossier.

Par décision du 10 mars 2014 – contre laquelle l'assuré n'a pas formé recours –, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 octobre 2013, refusant ainsi d'augmenter le droit à la rente.

F. Le 8 septembre 2021, le Dr D._____ a annoncé à l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était nettement péjoré depuis quelques mois sur le plan physique et moral. Celui-ci présentait un syndrome d'apnée du sommeil sévère, qui était traité par respiration assistée par pression positive, une hypertension nécessitant un traitement médicamenteux et des douleurs dorso-lombaires. Un suivi psychiatrique pour un état dépressif actuellement en exagération devait en outre être mis en place prochainement. Sa situation l'avait de la sorte contraint à diminuer son taux d'activité de 50 % à 30 % à la Fondation W._____. Une série de pièces était jointe à ce rapport, dont :

- un rapport du 4 février 2020 de la Dre H._____, spécialiste en rhumatologie, constatant une ligamentite inter-épineuse probable (qui n'avait pas été infiltrée dans un premier temps), des souffrances paravertébrales articulaires postérieures aux vertèbres D7-D8 et D8-D9 (pour lesquelles un geste infiltratif avait été réalisé), et des souffrances cervicales à gauche ;
- un rapport du 7 février 2020 du Dr S._____, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale, faisant état du

diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil très sévère de mécanisme obstructif et de caractère positionnel ;

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) thoracolumbaire du 12 février 2020 révélant un trouble statique, une protrusion discale postérieure diffuse non sténosante associée à une fine déchirure de l'annulus aux vertèbres L1-L2 et L5-S1 et une olisthesis antérieure du premier degré aux vertèbres L5-S1, probablement sur une lyse isthmique ;
- un rapport d'ultrason abdominal complet du 5 mars 2020 mettant en évidence une légère splénomégalie et une stéatose hépatique diffuse ;
- un rapport du 5 février 2021 de la Dre H. _____, laquelle a souligné qu'aucun épisode rachi-algique très intense n'était survenu depuis plusieurs mois ; que les contractures étaient moindres et que les douleurs thoraciques antérieures avaient nettement régressé ; que tout semblait bien se stabiliser et qu'aucune thérapie médicamenteuse n'était prescrite actuellement.

Par courrier du 14 septembre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'elle considérait le rapport du Dr D. _____ susmentionné comme une demande de révision de son droit à la rente.

Le 30 septembre 2021, l'assuré a transmis à l'OAI divers documents, dont :

- un rapport de radiographies de la colonne cervicale de face et de profil du 17 juin 2016 montrant de discrets troubles statiques, mais pas d'altérations dégénératives majeures ;
- un rapport d'IRM de la colonne cervicale et une tomographie par ordinateur dorsale du 7 juillet 2016 concluant à une discrète protrusion discale médiane aux vertèbres C4-C5 et C5-C6 ainsi que postéro-latérale à gauche aux vertèbres C6-C7 sans effet sténosant, à un petit rétrécissement dégénératif des trous de conjugaison aux vertèbres C4-C5 et C5-C6 à gauche avec une minime contrainte morphologique des racines des vertèbres C5-C6 correspondantes et

à un épaississement calcifié du ligament jaune droit aux vertèbres D3-D4 ;

- un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 28 septembre 2016 laissant apparaître une petite déchirure partielle du côté articulaire du tendon du sus-épineux dans sa partie antérieure et une tendinopathie dans sa partie postérieure avec une éventuelle petite déchirure interstitielle surajoutée qui ne pouvait pas être exclue de même qu'une bursite sous-acromiale, tout en précisant que la trophicité musculaire du sus-épineux et de tous les autres muscles de la coiffe des rotateurs était préservée ;
- un rapport du 23 septembre 2021 de la Dre H._____, laquelle a spécifié que les tensions musculo-squelettiques étaient toujours présentes, mais bien moindres qu'il y a quelques mois ; que les troubles digestifs s'étaient bien stabilisés ; qu'aucune thérapie médicamenteuse n'était prescrite pour l'instant et que la physiothérapie avait permis de réduire, voire de stopper la prise d'anti-inflammatoires (lesquels pouvaient être à l'origine desdits troubles digestifs).

Dans un avis du 10 décembre 2021, le Dr Q._____, du SMR, a exposé que les éléments à disposition ne permettaient pas de retenir, à ce stade, une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré. Il convenait néanmoins d'obtenir, dans un premier temps, des rapports complets et détaillés de la part des rhumatologue, psychiatre et pneumologue traitants ainsi qu'un rapport de l'employeur décrivant les difficultés de santé de l'intéressé à l'origine de la diminution de son taux d'activité.

Par rapport du 17 décembre 2021 à l'OAI, la Dre H._____ a fait état des diagnostics de cyphoscoliose depuis de nombreuses années et d'arthrose rachidienne. L'assuré était capable de travailler quatre heures par jour dans son activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité exercée en position uniquement assise ou debout, en rotation en position assise ou debout ou principalement en marchant ni nécessitant de se pencher, de travailler

avec les bras au-dessus de la tête ou à genoux, de s'accroupir, de soulever et porter des poids lourds ou de monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers.

Par rapport du 18 décembre 2021, le Dr S._____ a diagnostiqué un syndrome d'apnée obstructive du sommeil très sévère depuis octobre 2019. Il a indiqué que, dans la profession de chauffeur-livreur, la capacité de travail de l'assuré était certainement diminuée par cette pathologie et la somnolence qui en résultait, mais aussi pour des raisons médico-légales. Il n'était toutefois pas en mesure de l'évaluer dans cette activité ni dans une activité adaptée.

Par rapport du 11 janvier 2022, la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dre [...], médecin assistante, ont relevé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et de troubles de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (CIM-10 F43.23). Selon elles, l'assuré était capable de travailler trois heures par jour dans son activité auprès de la Fondation W._____ et deux à trois heures par jour dans une activité adaptée ; il présentait des difficultés dans la gestion de ses émotions ainsi que, en cas de douleurs, des difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne et dans les déplacements ; il n'était pas apte à exercer une activité exigeant de l'endurance ou de la précision ni impliquant du stress ou des tâches complexes.

Par courrier du 23 février 2022, la Fondation W._____ a en substance expliqué à l'OAI que l'assuré avait réduit son taux d'activité de 50 % à 30 % en raison de grandes difficultés relationnelles rencontrées avec la responsable de son atelier.

Dans un avis du 24 mars 2022, le Dr Q._____, du SMR, a estimé que les pièces au dossier ne démontraient pas de modification significative et durable des capacités fonctionnelles de l'assuré ni d'atteinte incapacitante nouvelle ou aggravée. La modification du taux d'activité n'était par ailleurs pas en lien avec des motifs d'ordre médical et

aucune incapacité de travail supplémentaire n'avait été durablement attestée par les spécialistes. Ses précédentes conclusions restaient donc valables.

Par décision du 16 juin 2022 confirmant un projet de décision du 1^{er} avril 2022, l'OAI a refusé à l'assuré d'augmenter son droit à la rente, dès lors que son état de santé ne s'était pas détérioré.

G. Le 17 août 2022, F._____, dorénavant représenté par PROCAP, a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Principalement, il a implicitement conclu à sa réforme en ce sens que l'intimé soit condamné à lui verser les prestations auxquelles il avait droit et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à cette autorité pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a dans l'essentiel soutenu que son état de santé s'était aggravé dans le courant de l'année 2021, diminuant de la sorte sa capacité de travail de 50 % à 30 %. Les difficultés relationnelles rencontrées avec sa responsable d'atelier étaient au demeurant vraisemblablement en lien avec ses atteintes à la santé psychique.

Par décision du 5 septembre 2022, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant - comprenant l'exonération des avances et des frais judiciaires -, avec effet au 17 août 2022.

Par réponse du 29 septembre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 16 juin 2022.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile - compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et art. 60 LPGA) - auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé de manière à influencer son droit à la rente depuis le 10 mars 2014, date de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel de ce droit (cf. *infra* consid. 3c *in fine* et 4a).

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1^{er} janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1^{er} janvier 2022). Ainsi, le recourant étant né en [...], il convient d'appliquer le droit dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

Lorsqu'une personne assurée dépose une demande de révision, elle doit établir de façon plausible que son invalidité s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration d'écarter sans plus

ample examen des demandes de révision dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments que précédemment sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte

médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

4. a) En l'espèce, le recourant soutient que son état de santé s'est dégradé durant l'année 2021. Sa capacité de travail s'est de ce fait réduite de 50 % à 30 %. L'intimé, quant à lui, réfute la survenance d'une telle aggravation, refusant en conséquence d'augmenter le droit à la rente de l'assuré.

b) Il convient à cet égard de préciser que le dernier examen matériel du droit à la rente remonte à la décision du 10 mars 2014. En effet, dans le cadre de cette précédente procédure, l'intimé, à la suite de l'opposition contre son projet de décision 10 octobre 2013, avait requis des Drs D. _____ et X. _____ la production de rapports détaillant l'état de santé de l'assuré et évaluant sa capacité de travail. Le médecin du SMR avait par ailleurs été consulté pour examiner ce point.

Toujours est-il que l'OAI a systématiquement considéré, à l'occasion des multiples procédures de révision introduites postérieurement à la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 30 juin 2004, que la situation ne s'était pas détériorée sur le plan médical. Les éléments versés au dossier lors de ces procédures antérieures, y compris donc le rapport d'expertise du 19 mars 2004, restent de la sorte pertinents pour l'appréciation du présent cas.

c) Ainsi, sur le plan somatique, les experts du COMAI ont posé, dans le cadre de la procédure initiale débutée en 2001, les diagnostics de troubles dégénératifs radiologiquement modérés du rachis dorsal, d'œsophage de Barrett et de status après accident de chasse en 1982 avec persistance d'un corps étranger dans l'œil gauche. Ils ont estimé que ces pathologies n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail,

seuls les troubles psychiques retenus s'avérant invalidants. Par la suite, lors des multiples procédures de révision, les autres spécialistes amenés à se prononcer sur l'état du recourant, dont principalement les Drs B._____ et D._____, ont fait état notamment de problèmes urologiques, de douleurs abdominales chroniques, de céphalées, de nualgies, de surdité mixte bilatérale, de coxarthrose, de spondylolyse à la vertèbre L5, de spondylolisthésis aux vertèbres L5-S1, de douleurs à l'épaule gauche au muscle sous-épineux (qui ont été traitées par infiltration), de hernie hiatale et gastrite et d'épicondylite à droite. De leur côté, l'intimé - respectivement la Cour de céans et le Tribunal fédéral, sur recours, en 2007 et 2008 - ont jugé que la situation de l'assuré ne s'était pas aggravée au niveau médical.

Dans le cadre de la demande de révision du 8 septembre 2021, le Dr D._____ a déclaré que l'état de santé du recourant s'était péjoré depuis quelques mois en raison de l'apparition d'un syndrome d'apnée du sommeil sévère, d'une hypertension et de douleurs dorso-lombaires. Celui-ci avait dès lors dû diminuer son taux d'activité. La Dre H._____, quant à elle, a mis en évidence, dans son rapport du 17 décembre 2021, une cyphoscoliose présente depuis de nombreuses années et une arthrose rachidienne. Le Dr S._____ a, lui, fait mention, dans ses rapports des 7 février 2020 et 18 décembre 2021, du diagnostic de syndrome d'apnée obstructive du sommeil très sévère.

Or, les éléments médicaux précités ne suffisent pas à rendre vraisemblable une détérioration de la situation de l'assuré au niveau physique. Le syndrome d'apnée du sommeil est en effet traité actuellement à l'aide d'un dispositif de respiration assistée. Du plus, si le pneumologue traitant a spécifié, dans son dernier rapport, que cette atteinte à la santé pouvait avoir un impact sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de chauffeur-livreur, il n'était en revanche pas en mesure d'évaluer précisément ses répercussions dans une telle activité ou dans une activité adaptée. Dans ces conditions, il n'est pas possible de lui reconnaître un quelconque effet invalidant, d'autant plus que les symptômes qui en découlent se limitent à de la

somnolence. S'agissant de l'hypertension, cette dernière fait également l'objet d'un traitement médicamenteux et n'exerce aucune influence attestée sur la capacité de travail. Les atteintes dorsales et au rachis ne constituent enfin pas des nouvelles pathologies, les experts du COMAI, le Dr D._____ et le Dr B._____ les ayant déjà relevées lors des précédentes procédures de révision. De surcroît, à la lecture des différents rapports de la Dre H._____, il apparaît que ces troubles se sont stabilisés et que l'assuré est en mesure de travailler quatre heures par jour dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, de sorte qu'ils ne justifient pas de retenir une aggravation de son état de santé.

d) Au plan psychiatrique, les experts du COMAI ont noté les diagnostics de personnalité paranoïaque non compensée (CIM-10 F60.0), d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (CIM-10 F32.00) et de syndrome douloureux persistant (CIM-10 F45.4), tout en précisant que les deux premiers étaient à l'origine d'une incapacité de travail de 50 %, ce tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Ces diagnostics ont ensuite été repris par les médecins traitants du recourant au fil de procédures de révision.

Dans la demande du 8 septembre 2021, le Dr D._____ a indiqué que l'état dépressif de son patient était en exagération. Sur la base de cette annonce, l'intimé a alors requis de la Dre K._____ la production d'un rapport, par lequel cette dernière a mis en évidence, le 11 janvier 2022, les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2) et de troubles de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (CIM-10 F43.23), ainsi que certifié une capacité de travail de trois heures par jour dans l'activité en atelier protégé et de deux à trois heures par jour dans une activité adaptée. Appelé à se déterminer sur ces éléments, le Dr Q._____ a estimé qu'ils ne permettaient pas de conclure à une dégradation de la situation au niveau psychiatrique.

Or, l'avis du médecin du SMR ne saurait en l'occurrence être suivi. La psychiatre traitante du recourant a en effet souligné une

aggravation du trouble dépressif léger, ce dernier étant désormais accompagné de symptômes anxieux. Elle a en outre fait état d'un trouble de l'adaptation - sans reprendre en revanche le diagnostic de personnalité paranoïaque non compensée retenu en 2004 par les experts du COMAI - et d'idées suicidaires avec scénarios. Elle a au demeurant signifié que la capacité de travail de son patient était actuellement réduite à deux à trois heures par jour dans une activité adaptée. L'assuré a pour le reste expliqué, dans son recours du 17 août 2022, que les difficultés relationnelles rencontrées avec sa responsable d'atelier - à l'origine de la baisse de son taux d'activité auprès de la Fondation W. _____ - étaient dues à ses atteintes psychiques, ce qui semble vraisemblable, la Dre K. _____ ayant affirmé que ces dernières l'entravaient dans la gestion de ses émotions. Dès lors, au regard de ce qui précède, il sied de constater que l'état de santé psychique du recourant s'est modifié depuis le dernier examen matériel de son droit à la rente, en 2014. C'est donc à tort que l'intimé a ignoré ces faits nouveaux dans le cadre de cette cinquième procédure de révision.

e) Les éléments au dossier ne permettent toutefois pas à la Cour de céans de se prononcer en toute connaissance de cause sur le caractère invalidant des atteintes psychiques dont souffre le recourant. Partant, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé, afin qu'il complète son instruction, notamment par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 16 juin 2022 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée qui succombe (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 16 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F. _____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- PROCAP, Service juridique (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :